Laloff

1902

N° 28

ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC

ET TRAITEMENT

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES

D'ORIGINE UTÉRO-ANNEXIELLES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Janvier 1902

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Athanase V. LOLOFF

Né à Medven (Bulgarie), le 19 juin 1872

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
FORGUE . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM.	BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. VALLOIS.		
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
DE ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	PUECH, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	IMBERT (Léon), *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A. LOLOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. LOLOFF.

INTRODUCTION

Les suppurations pelviennes chez la femme forment une des questions les plus complexes et les plus controversées de la gynécologie. Nous n'avons pas eu, en abordant ce travail, la prétention de jeter un jour nouveau sur les débats qui, tous les jours, passionnent les gynécologues. Il faudrait pour cela, avec des connaissances très étendues, une expérience personnelle, qu'il est presque impossible à un étudiant d'acquérir pendant son séjour dans les hôpitaux.

Nous avons voulu simplement résumer l'étude de cette question, ce qui n'est pas une tâche facile, mettre en lumière les points principaux et en dégager la conduite à tenir par le chirurgien en présence d'une suppuration pelvienne, quels que soient le siège, l'étendue et la nature de la lésion.

Il nous a semblé que l'intervention chirurgicale doit être le seul traitement rationnel, et ce qui s'impose tout d'abord à l'esprit du chirurgien doit être d'évacuer le pus, pour arrêter dans sa marche envahissante l'évolution de la lésion et pour empêcher la résorption des toxines microbiennes, toujours nocives pour l'organisme. Mais en faisant cela, le chirurgien se préoccupera aussi de respecter autant que possible l'intégrité des organes et de leurs fonctions en tenant compte de l'état général de la malade

Il nous a fallu étudier les diverses catégories de suppurations pelviennes, travail très ardu en raison des lésions qu'elles provoquent, lésions qui, le plus souvent, sont liées les unes aux autres et par cela même se prêtent mal à une classification rigoureuse. Nous avons cru néanmoins pouvoir les comprendre toutes en deux grandes classes :

I. — *Paramétrites suppurées ;*
II. — *Salpingo-ovarites suppurées.*

L'étude de l'étiologie des suppurations pelviennes, le diagnostic différentiel entre les paramétrites suppurées et les salpingo-ovarites suppurées, forment la plus grande partie de notre thèse.

Le pronostic a été l'objet d'un très court chapitre, car il diffère beaucoup suivant l'étendue des lésions.

Nous avons tenté de grouper en un tout homogène les indications générales qui permettent de fixer le chirurgien sur les deux points suivants : peut-on intervenir et quand doit-on intervenir ?

Enfin nous avons indiqué dans le traitement les trois procédés opératoires sur lesquels le chirurgien est appelé à faire un choix suivant le siège et l'étendue de la lésion :

1° Incision du cul-de-sac postérieur (opération de Laroyenne) ;

2° Extirpation utéro-ovarienne par la voie vaginale ;

3° Extirpation utéro-ovarienne par la voie abdominale.

Comme on le voit, un pareil sujet est hérissé de difficultés qui sont encore augmentées par notre qualité d'étudiant étranger, et nous espérons que nos juges accorderont à notre modeste travail toute leur bienveillance. M. le professeur Tédenat, en nous en confiant l'étude, nous a donné une preuve de confiance dont nous sommes profon-

dément touché ainsi que de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il nous soit permis de lui adresser tous nos remerciements pour cette marque de confiance et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant la durée de nos études médicales.

C'est pour nous un devoir particulièrement agréable à remplir que de remercier tous les Maîtres de cette Faculté de l'enseignement qu'ils nous ont donné pendant notre scolarité.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546806_0034

ETIOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES

D'ORIGINE

UTÉRO-ANNEXIELLES

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES SUPPURATIONS PELVIENNES

On entend par suppurations pelviennes des collections purulentes du pelvis de la femme, développées dans la sphère des organes génitaux internes. M. Segond emploie l'expression « suppurations péri-utérines ».

Jacobs, de Bruxelles, et More Madden, de Dublin, admettent trois variétés de suppurations pelviennes : les unes intra-péritonéales, d'autres extra-péritonéales et d'autres à la fois intra et extra-péritonéales.

Au congrès de Genève de 1896, Bouilly divise les suppurations au point de vue chirurgical en quatre classes :

a) Abcès du tissu cellulaire : paramétrite, phlegmon péri-utérin ;

b) Abcès des trompes ou des ovaires ; pyo-salpingites et ovarites suppurées ;

c) Abcès péritonéaux primitifs : pelvi-péritonites, hématocèles suppurées ;

d) Suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou celles-ci se compliquer de fistules, s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage.

Mais beaucoup de gynécologistes admettent que la *pelvi-péritonite* suppurée est presque toujours secondaire ; elle est consécutive aux lésions suppurées des annexes et du tissu cellulaire péri-utérin et constitue le dernier degré de ces lésions avancées et compliquées. Et n'est-il pas démontré, que quand il y a salpingite au début, le péritoine participe à l'inflammation ?

« En outre, dit Fritsch (1), la périmétrite est une complication d'une paramétrite, ou, exprimé plus exactement, une cause nocive commune — une infection — provoque aussi bien une inflammation du tissu cellulaire : *parametrium*, que du revêtement séreux : *perimetrium*, pelvi-péritoine. Le résultat final du processus pathologique appartient également aux deux maladies ou du moins plus à l'une qu'à l'autre, de façon qu'il se présente des tumeurs purulentes dans lesquelles de nombreuses adhérences par dessus la tuméfaction démontrent certainement le siège péritonéal et l'endroit de perforation caractéristique, ou la situation immédiate sur les nerfs et les vaisseaux de la paroi pelvienne postérieure, le siège paramétrique sous séreux ».

---

(1) Fritsch. — Traité des maladies des femmes.

La pelvi-péritonite indépendante de l'annexite existe, mais elle est très rare et exceptionnelle. Pour Aran, Pozzi, elle serait difficile à démontrer. Reclus en a cité des exemples et Condamin a bien décrit la « douglassite annexielle ». M. Tédenat en a observé de rares exemples. On explique sa production par migration directe de l'inflammation de la cavité utérine au péritoine du Douglas à travers la paroi de l'utérus.

Les cas dans lesquels, après l'incision du cul-de-sac, suivant la méthode de Laroyenne, les femmes ont des enfants, s'expliquent ou par la monolatéralité des lésions annexielles ou par la lymphangite transportant les germes de la cavité utérine au péritoine.

Nous basant donc sur ces données, nous diviserons les suppurations pelviennes en deux grandes classes :

I. — *Salpingo-ovarites suppurées ;*

II. — *Paramétrites suppurées.*

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES SALPINGO-OVARITES ET PARAMÉTRITES SUPPURÉES

Les salpingo-ovarites suppurées ainsi que les paramétrites suppurées, comme toute suppuration, sont toujours d'origine infectieuse et la présence de microorganisme est nécessaire pour la production d'un processus inflammatoire, déterminant dans les tissus des troubles destructifs. Mais quel est le germe qui provoque l'inflammation de la trompe, de l'ovaire, du tissu connectif péri-utérin et du péritoine, et quelle est la voie qu'il suit pour venir se cantonner daus ces organes ?

D'après les recherches de Hartmann et Morax (1) Reymond (2) et beaucoup d'autres auteurs, c'est au gonocoque que revient la grande part comme agent d'infection dans les salpingo-ovarites. Il peut être seul ou associé au coli-bacille. On a trouvé aussi le streptocoque et le staphylocoque purs ou associés. Et c'est le streptocoque qu'on trouve surtout dans le pus des salpingo-ovarites qui succèdent à une infection post-partum. On a trouvé aussi le pneumocoque, mais ce sont des cas exceptionnels — des salpingites survenant après une pneumonie.

Mais on peut dire que dans les paramétrites suppurées

---

(1) Hartmann et Morax. — *Ann. de gynéc. et d'Obstétr* , 1894.

(2) Reymond. — Thèse de Paris, 1895.

le streptocoque est le seul facteur de l'infection, le gonocoque ne donnant jamais lieu aux phlegmons pelviens.

On admet généralement que toute salpingo-ovarite est, dans la majorité des cas, l'extension d'une métrite préexistante, de quelque nature qu'elle soit : « Les inflammations de l'utérus sont, sans contredit, la grande source des inflammations des annexes » (Pozzi).

Or, les inflammations suppurées des annexes peuvent être l'extension d'une métrite blennorrhagique ou d'une infection puerpérale ; mais, s'agit-il d'inflammation et d'affections suppurées du tissu connectif circum-utérin, on peut dire que, dans la majorité des cas, la septicémie puerpérale doit être la première suspectée et la seule incriminée. Un accouchement et surtout un avortement, faits dans des conditions où l'antisepsie a été négligée, ouvrent la porte aux microbes pathogènes.

Les métrites post partum, la rétension de membranes occasionnent, dans la cavité utérine, une inflammation où pullulent tous les agents de la septicémie, et surtout, comme nous l'avons dit, le streptocoque.

Voies suivies par les microbes pathogènes. — Nous savons que la muqueuse utérine se continue avec la muqueuse tubaire et les digitations frangées du pavillon s'unissent au péritoine. Une infection utérine peut facilement se propager par cette voie de continuité et envahir successivement tous ces organes ; et surtout, étant donnée la grande affinité du gonocoque pour l'épithélium cylindrique, c'est lui qui produit les accidents les plus rapides : le tissu muqueux et le parenchyme seront atteints et les lésions suppuratives constituées.

L'observation suivante en est un exemple.

Observation Première

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. P. Soubeyran, chef de clinique

Pauline D..., 25 ans, profession irrégulière (F. S.), entre le 7 février 1901, salle Desault, lit 7.

Antécédents.— Pas de blennorrhagie (?) pas de syphilis pas d'éthylisme (?).

Elle fut opérée d'une fistule à l'anus, à Toulouse, elle souffrait à ce moment-là du ventre ; on lui fit des pointes de feu sur la paroi abdominale ; elle n'avait rien senti depuis.

Il y a 10 jours, dans le ventre et dans les reins, sont apparues des douleurs en même temps que de la courbature généralisée et de la fièvre. Le 3 février, les règles ont apparu et les douleurs ont augmenté.

Elle fut réglée à 11 ans, règles abondantes, rouges, avec caillots, sans douleur. A eu une grossesse, l'enfant est vivant.

Etat actuel. — Anorexie, pas de constipation ; urine sans douleur une fois la nuit et deux fois le jour. L'abdomen n'a pas augmenté de volume, il est souple. Douleur à la pression légère ou profonde, généralisée à tout le bas-ventre.

Le 13 février.— Au toucher, l'utérus est en légère rétrocession, col fléchi en avant, fendu transversalement, béant, avec quelques granulations, surtout sur la lèvre postérieure. Dans le cul-de-sac postérieur on sent de l'induration, et à droite, les annexes prolabées et très douloureuses à la moindre pression. On sent dans cette

masse totale où les annexes gauches participent aussi, les flexuosités noduleuses de la trompe.

Lavage vaginal au phénosalyl, lavage utérin, tampons d'ichthyol. Dans la suite, on applique le Priessnitz et on emploie des injections très chaudes.

Le 10 mars. — Elle sort non guérie, on sent encore les annexes.

Le 4 juin. — La malade revient dans le service, lit 22. Un mois après sa sortie, les douleurs sont revenues aussi violentes qu'autrefois. Tout le ventre, les reins, les jambes sont très douloureux. Les règles, revenues deux fois avec caillots, sont douloureuses. La malade perd tous les jours en blanc, elle ne mange que très peu, est constipée. Au toucher, la trompe gauche est volumineuse, douloureuse, les annexes droites sont moins atteintes.

Le 11. — *Opération.* Laparatomie médiane sous-ombilicale. Annexes adhérentes difficiles à disséquer surtout à gauche. Après dissection au péritoine de la face antérieure de l'utérus, section médiane et ablation totale de cet organe ainsi que des annexes de chaque côté. Drainage à la gaze par le vagin. La malade n'a pas perdu du sang.

Pièces anatomiques. — Utérus un peu gros, mou et allongé ; ovaires scléro kystiques ; trompe gauche violacée dilatée, grosse comme le pouce. Trompe droite comme le petit doigt.

Le 18. — Une selle par jour ; faciès bon, elle ne souffre plus ; au pansement, la suture est bonne, seul un point inférieur a un peu suppuré.

Le 25. — La malade dit être dans un excellent état.

Le gonocoque seul n'occasionne pas forcément les perturbations dont nous parlons, mais souvent, à la faveur

d'un état morbide coexistant et surtout après un accouchement associé au streptocoque, sa virulence est exaltée, d'où des infections d'une gravité exceptionnelle.

Voilà deux observations qui montrent bien la virulence exaltée du gonocoque après l'accouchement

Observation II

Recueillie par le docteur P. Soubeyran, chef de clinique, dans le service de M. le professeur Tédenat.

Marie F..., 36 ans, entre le 3 novembre 1900, salle Desault, lit n° 4.

Antécédents. — Fièvre typhoïde (?) à 11 ans, convalescence difficile. Conjonctivite, de 5 à 16 ans. Réglée à 16 ans ; mariée à 18 ans ; deux enfants ; premier accouchement normal ; le second, il y a 14 ans, convalescence un peu plus longue ; à la suite, pertes, tantôt rouges, tantôt blanches ; trois semaines après, pertes rouges plus fréquentes et plus abondantes, qui persistent durant 5 ans et deviennent douloureuses ; pas de caillots. Il y a 10 ans, elles diminuent un peu, et il apparaît des douleurs au niveau du petit bassin ; quelques douleurs à la miction. Il y a 5 ans, les douleurs semblent surtout se localiser dans l'hypocondre droit ; sensation d'une boule très lourde à ce niveau. Constipation opiniâtre, un peu de sang à la défécation.

Il y a trois mois, les douleurs s'accentuent, pas de pertes, pas de vomissements, constipation ; la malade vaque cependant à ses affaires. Il y a un mois, douleurs intolérables dans l'hypocondre gauche, s'irradiant vers la cuisse : céphalalgie, constipation, pas de vomissements, pas de douleur à la miction.

Etat actuel. — Etat général mauvais. Teint anémié, amaigrissement sensible, constipation opiniâtre.

Le ventre est ballonné, tendu, douloureux à la pression. Tumeur dure et douloureuse dans l'hypocondre droit. Au toucher, le cul-de-sac postérieur est agrandi et bombe dans le vagin, la tumeur est fluctuante ; utérus en antéversion.

Le 2 décembre. — Opération : castration abdominale totale.

Le 3. — Douleurs calmées, pas de vomissements ; état général meilleur ; par le drain s'écoule un liquide ichoreux et inodore.

Le 7. — Premier pansement. Le cul-de-sac postérieur est entièrement cicatrisé ; il ne reste qu'un orifice pour le drain. Lavage avec le Reverdin ; il s'écoule quelques filets de pus mélangés à quelques caillots. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 14. — La malade a ses règles.

Le 20. — Col gros, rouge ; un peu de cervicite ; une ponction amène un peu de pus concret ; tampon à l'ichtyol.

Observation III

Recueillie par M. Lassalle, dans le service de M. le professeur Tédenat.

Léontine L..., 31 ans, entre le 21 novembre 1893, salle Desault, lit n° 6.

Antécédents. — Réglée à 18 ans ; pas de caillots ; pas de pertes blanches. Mariée depuis 7 ans.

Il y a 6 ans, trois mois après le premier accouchement, douleurs dans les reins, le ventre, accompagnées de nausées et de vomissements.

Règles régulières, quelques caillots, douleurs très fortes, pertes blanches.

Il y a un mois et demi, phlegmatia alba dolens de la jambe gauche ; dans la suite, douleurs du côté gauche.

Etat actuel. — Pâleur, amaigrissement ; anémie profonde, douleurs très fortes dans les reins et le côté du ventre. Col béant sans déchirure. Utérus déjeté à gauche.

Diagnostic. – Salpingite double, marquée surtout à gauche. Injections antiseptiques, repos ; tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 28 novembre — Laparatomie ; ablation des annexes des deux côtés. La trompe gauche adhère fortement et se rompt dans le péritoine ; grand lavage à l'eau salée chaude et au phénosalyl. Trompe droite sinueuse, cylindrique, présentant l'aspect de la salpingite catarrhale; l'ovaire de ce côté est sain.

Examen des pièces. — La trompe gauche, plus volumineuse, présente un abcès du volume d'œuf de pigeon, qui s'est rompu. Les parois sont très épaisses ; en un point de la surface interne apparaissent des franges, au sein desquelles le microscope révèle la présence de villosités choriales.

Le 10 décembre. — Pansement ; un peu de pus. Les plans superficiels ne sont pas réunis.

Le 3 janvier. — La malade est sortie bien que la plaie suppure toujours un peu.

Mais comment expliquer les inflammations du tissu périutérin, du péritoine pelvien, quand on trouve la trompe, voie muqueuse, complètement saine, sauf les cas de périsalpingite ?

C'est Lucas Championnière, en 1870 et 1875, et A. Guérin, en France, qui se sont faits les défenseurs de la

théorie qui attribue à la lymphangite la production des inflammations du petit bassin chez la femme.

Rappelons seulement, dans l'appareil génital de la femme, les trois plans lymphatiques : *a*) le réseau muqueux, *b*) le réseau musculaire, et *c*) le réseau para-utérin, qui sont unis intimement entre eux.

Le transport des germes se fait par l'intermédiaire des lymphatiques et des ganglions de la région envahie. Une petite écorchure du vagin chez une femme infectée, une déchirure du col chez une nouvelle accouchée, deviennent la porte d'entrée des microbes pathogènes.

Ceux-ci sont absorbés par les lymphatiques et sont transportés dans le tissu cellulaire circum-utérin. Le péritoine n'échappe pas à l'envahisseur, et, par la richesse de son réseau lymphatique, il est le siège de nombreux accidents : le plus souvent, c'est la péritonite congestive et adhésive, avec formation d'adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. Les adhérences pourront même envahir tout le petit bassin ; les organes sont recouverts de tractus fibreux, ce qui rend l'intervention difficile.

En voici un exemple :

Observation IV

Recueillie dans le service de M. Tédenat, par M. P. Soubeyran, chef de clinique.

Joséphine D..., 32 ans, fleuriste, entre, salle Desault, lit n° 10, le 30 janvier 1901, souffrant du ventre.

A un frère bacillaire. Sa mère a eu un enfant mort.

Antécédents. — S'enrhume facilement. A eu un enfant, il y a treize ans ; une bartholinite, il y a dix ans ; pas de blennorrhagie, ni syphilis. Crises de constipation doulou-

reuses, assez fréquentes, durent quelques jours, avec douleurs abdominales.

Il y a trois mois environ qu'elle souffre dans le ventre, avec constipation intense ; mais, depuis six jours, les phénomènes ont un caractère plus aigu, la cuisse droite est douloureuse et une tumeur est apparue au-dessus du pubis.

Etat actuel. — Nerveuse, faciès amaigri, constipée. Prend tous les jours des lavements. Elle tousse et eut une hémoptysie, il y a trois mois. Cœur, second bruit sourd ; elle urine assez souvent, surtout la nuit (quatre fois).

Réglée à 13 ans. Il y a trois ans que les règles sont plus abondantes, régulières, douloureuses, sans caillots.

Leucorrhée peu abondante.

Examen. — Abdomen douloureux dans sa partie inférieure, mais peu augmenté de volume à la vue. Une tumeur dure, à bords nets, fait saillie au-dessus du pubis ; c'est l'utérus. Dans le cul-de sac vaginal postérieur, on sent de nombreux exsudats. Pas de fièvre.

Traitement. — Maillot de Priessnitz, deux suppositoires et deux lavements chauds par jour.

Le 5 février. — Au toucher, on sent un peu d'œdème dans le cul-de-sac antérieur. Cette tumeur était constituée par de l'œdème inflammatoire du tissu sous périnéal. Le col regarde en avant ; il y a un peu d'endocervicite. Le cul-de-sac gauche est assez profond, avec un peu d'induration. Le droit est garni de masses dures, avec bourrelet d'œdème.

Le 14. — Elle a beaucoup souffert dans la nuit.

Le 16. — *Opération.* Voie abdominale. Incision de la paroi sous-ombilicale et médiane, de 12 centimètres. Les anses intestinales sont pelotonnées, adhérentes et au

milieu d'un foyer purulent (un verre à Bordeaux et demi de pus). Au niveau de la vessie, nombreuses adhérences imprégnées de pus.

On protège l'intestin par de grandes compresses pour s'occuper des annexes. Décortications des annexes gauches qui sont enlevées en masse ; ligature de l'ovarienne au fil de lin, l'utérine ne donne pas et est invisible. A droite, un kyste se rompt. On décolle très péniblement les annexes qui adhèrent partout. L'utérine ne donne pas plus que de l'autre côté ; on finit par la trouver très épaisse au milieu d'un tissu friable, elle donne un petit jet flasque, on la lie au fil de lin.

Entre le col, le vagin et la vessie, on trouve un tissu de cellulite très épaissi, dur et friable; le ciseau crie en coupant, les pinces ne tiennent pas. Enlèvement total de l'utérus. On aperçoit l'utérine gauche qu'on a beaucoup de peine à pincer, le tissu étant très friable, on laisse des pinces à demeure.

On laisse dans le ventre, en haut, une compresse aseptique, en bas, une mèche de gaze qui ressort par le vagin, quatre pinces à forcipressure, suture de la paroi au fil d'aluminium, pansement à la gaze iodoformée.

Après l'opération, le pouls est à 112, on fait un litre de sérum avec 0 gram. 002 de strychnine.

Le 10.— Elle ne souffre pas, mais est affaiblie, fait mauvaise impression. On fait le premier pansement. On enlève les pinces, on met des compresses humides.

Description des pièces. — Utérus : un peu augmenté de volume, dur, sclérosé, mais en même temps friable.

Annexes gauches : on trouve un petit kyste de l'ovaire à parois épaisses ; le contenu est jaunâtre, épais comme du mastic.

Le 23. — Elle a une escharre sacrée, comme une pièce de 2 francs.

Le 28. — La malade se sent mieux.

Le 4 mars. — Elle dort un peu et s'alimente.

Le 16.— La plaie abdominale est complètement fermée.

Le 20.— La malade commence à se lever.

Le 26.- Elle sort en bon état.

Il y a d'autres causes encore qui déterminent des suppurations pelviennes : les fièvres éruptives, les malformations de l'utérus, des abus de coït, la tuberculose, la syphilis, les explorations septiques de la cavité utérine, la malpropreté des voies génitales. Avant Freund, on n'admettait pas qu'un phlegmon pelvien puisse se développer en dehors de la puerpéralité : « Aujourd'hui, tout le monde pense avec Freund que toutes les formes de phlegmons pelviens se montrent à toutes les périodes de la vie sexuelle de la femme, et relèvent d'infections multiples.» (Labadie-Lagrave et Legueu). Kœnig, Duncan ont rapporté des cas où le phlegmon s'était développé pendant une grossesse avant l'accouchement.

Mais, en général, l'infection est d'origine puerpérale gonococcique ou mixte, et les voies d'apport sont : 1° la voie muqueuse ; 2° la voie lymphatique ; et 3° la voie veineuse utérine et péri-utérine. Voilà le tableau dans lequel M. Doléris résume l'étiologie et la pathogénie des suppurations pelviennes (1) :

a) La propagation d'une infection de muqueuse se fera d'autant plus rapidement que le germe infectieux affectionnera les tissus épithéliaux ; le gonocoque gagnera rapi-

(1) *In* Massier. — Thèse de Paris, 1898.

dement le péritoine par les trompes grâce à son affinité pour l'élément épithélial cylindrique.

b) L'infection au niveau d'un traumatisme profond, tel qu'une déchirure de la couche musculaire qui aura mis des veinules ou des veines à découvert, pénètrera les vaisseaux veineux aussitôt qu'un caillot résistant ne leur fera plus obstacle.

c) La propagation à partir d'un traumatisme qui aura mis à découvert à la fois des orifices lymphatiques et veineux sera mixte ; plus rapide et plus aisé cependant par la voie lymphatique où n'existent pas des bouchons sanguins coagulés qui puissent le retarder.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PARAMÉTRITE ET DE LA SALPINGO-OVARITE

Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, dans la majorité des cas, l'inflammation du tissu connectif circum-utérin est due à la septicémie puerpérale, mais c'est au gonocoque que revient la grande part comme agent d'infection dans les salpingo-ovarites.

Voilà déjà une notion qui nous engage à admettre *à priori* la localisation des lésions ; si, par exemple, une malade se présente avec les manifestations pelviennes que nous décrivons plus bas, et si elle nous dit qu'elle n'a eu ni accouchement ni avortement, nous penserons plutôt à une annexite gonococcique qu'à une paramétrite. Mais, sans attacher une grande importance à ceci, examinons successivement la valeur des différents signes qui nous aideront à distinguer l'inflammation du tissu péri-utérin de l'inflammation des annexes.

Signes généraux

Dans la paramétrite récente, la première des choses qui frappe notre attention, c'est le teint livide et plombé de la malade ; si le péritoine est pris, la patiente a plutôt le faciès grippé, les yeux sont excavés et cerclés de noir.

Les vomissements, rares et non caractéristiques dans la simple paramétrite, sont au contraire fréquents, tenaces et parfois poracés dans les complications péritonéales.

Dans les suppurations chroniques, l'état général est également mauvais. L'amaigrissement et l'affaiblissement, le teint pâle et terreux, les accès de fièvre, les sueurs, l'anorexie et la diarrhée indiquent l'infection profonde de l'organisme. Les différents accidents hystériques, dont la cause est le plus souvent la douleur, ne sont pas rares.

Voici une observation très remarquable à ce point de vue.

Observation V

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

Abcès péri-utérin droit avec fistule vaginale. — Accidents de grande hystérie. — Vomissements continuels.

R. B..., 31 ans, ménagère. Entre à l'Hôpital Suburbain le 4 décembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à l'âge de 14 ans sans aucun trouble. Règles régulières. Durée, deux, trois jours sans grande perte. Mariée à 21 ans, elle devient enceinte au bout de deux mois.

La grossesse était bonne jusqu'au troisième mois, quand, à la suite d'une frayeur, les pieds s'enflèrent considérablement. Cette enflure gagna le reste du corps et força la malade à s'aliter. Au huitième mois de sa grossesse, après des douleurs qui durèrent deux jours, elle avorta d'un enfant mort. L'enflure dure deux mois encore et disparaît ensuite. Mais reste une douleur du côté droit du ventre, à la région ovarienne. Et à la place des menstrues qui ne revinrent pas, la malade perdait des eaux par

le vagin tous les deux ou trois mois. Cette perte et un léger gonflement sur le côté droit de l'abdomen, vers le 1/3 inférieur, décidèrent le médecin traitant à lui faire deux ponctions au-dessus de l'aile droite du sacrum, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, ponctions qui donnèrent une quantité notable d'un liquide dont la nature est inconnue, suivies bientôt d'une incision qui ne donna pas grand'chose. Drainage.

Deuxième grossesse au bout d'un an, pendant laquelle la malade perdait, tous les mois, régulièrement, des eaux rosées. Bon accouchement ; enfant vit encore. Troisième grossesse, accouchement il y a 16 mois. Elle avait les mêmes eaux pendant cette grossesse encore. Enfant mort à l'âge de 6 semaines. Au bout de 2 mois, les règles parurent, et avec elles la même perte d'eaux. Depuis le premier accouchement, la malade est sujette à des crises hystériques qui étaient très fortes au commencement et duraient 3 à 4 heures.

Actuellement, elle souffre de douleurs localisées, surtout sur la colonne vertébrale et le ventre. Elle perd presque constamment du sang. Elle n'a pas d'appétit et elle ne dort pas du tout. Vers 4 heures du matin, très fatiguée, elle est prise de sa crise, perd connaissance, se convulsionne, et souffre, en revenant à elle, d'une forte courbature.

Le toucher vaginal, pénible pour la malade, car il lui provoque des crises, laisse percevoir un utérus gros, hypertrophié, en antéversion. Le col dur est dévié en arrière. Les culs-de-sac sont douloureux et résistants. Le cul-de-sac droit présente une perte de substance, une fistule, laissant pénétrer l'index par où s'écoulent les eaux que la malade nous a avouées. La paroi abdominale est flasque.

8 décembre.— La malade se nourrit très mal, ne prend presque rien, ne dort pas. Menstruation.

12 décembre. — Même état, la malade prend toujours des crises, surtout vers les 4-5 heures du matin.

14 décembre. — *Opération.* Anesthésie à l'éther, pendant laquelle trois fortes crises. Lavage et antisepsie des parties génitales externes. On introduit dans le vagin deux larges valves. Une pince de Museux attire le col en bas. Avec des ciseaux longs et courbés on délibère les culs-de-sac antérieur et postérieur, on amoncèle le col, on pince l'utérus lui-même et on tâche de le faire basculer en avant. Des fortes pinces à hémostase étant placées sur les ligaments larges, on les incise avec les ciseaux.

Extirpation de l'utérus en deux morceaux. Lavage du vagin, tamponnement à la gaze iodoformée. Six pinces à hémostase à demeure.

Pansement. La malade étant agitée, injection de morphine 1 cgr.

Pendant les crises, potion avec :

Chlorhydrate de morphine	0,01
Teint. Belladone	XX gouttes
Sirop simple. .	20 gr.
Eau distillée. .	90 gr.

15 décembre.— T.: 34°8, 36°5. P.: 120. Elle a vomi plusieurs fois dans la nuit.

16. — T. : 37°, 36°8. P. : 110. Vomit tout.

17. — T. : 37°3, 36°5. On enlève les 5 pinces hémostatiques. Un peu d'hémorragie.

18.— T.: 37°3, 36°2. Elle vomit toujours, urine très peu. Lavement.

19. — 1er Pansement. Une crise pendant le pansement

avec convulsion des membres supérieurs et du trismus. Mèche iodoformée dans le vagin.

21.— Pansement. Crise aiguë. Les mouvements convulsifs des membres sont trop limités, trismus. Mèche longue de gaze iodoformée dans le vagin.

23.— T. : 36°5, 36°2. Elle souffre à peine. Elle ne dort presque pas. Pas de crise.

24. – Ventre souple, indolent à la pression. Pansement léger, crise de courte durée.

26.— Pansement. Légère crise.

27. — Diarrhée. Elle souffre beaucoup du côté gauche de son ventre et de ses reins. A 9 h. 1/2 du matin une forte crise de grande hystérie. Convulsions cloniques des membres, trismus très fort. Pupilles complètement dilatées, anesthésie commune absolue. Cris de soulagement, suivis aussitôt de nouvelles poussées. La malade se débattait, voulait arracher sa chemise. 6 crises l'une après l'autre ; durée totale, 20 minutes. Lassitude.

29.— Elle se trouve bien, mais elle souffre toujours de son ventre. Insomnie complète.

1er Janvier.— Grands accès d'hystérie. Souffre du côté gauche, pas de vomissement.

5.— Souffre beaucoup de son ventre. Se nourrit mal. Vomissements. Insomnies, crises fréquentes.

17.— Coliques fortes après les crises.

20.— On pratique le toucher vaginal, culs-de-sac souples, cicatrisation parfaite, forte crise.

26. – Souffre beaucoup de son ventre.

Dans la salpingo-ovarite aussi le contre-coup sur l'état général est notable : « les douleurs continuelles conduisent à l'hystérie ; le manque de mouvement, les douleurs à la défécation, à la constipation ; la constipation à la dys-

pepsie ; la dyspepsie à une diminution de l'absorption et celle-ci à l'anémie, à l'amaigrissement, la névrosité et la cachexie » (1).

La fièvre, qui est « un des meilleurs signes de la localisation anatomique des lésions », débute brusquement dans la paramétrite : elle évolue sans rémissions matinales entre 39° et 40°, ou bien elle est entrecoupée de frissons et présente de grandes oscillations à exaspération vespérale très accentuée. En effet, P. Delbet dit : « il est de règle que la fièvre dépasse 39°, et il n'est pas rare qu'elle atteigne 40° » ; et, pour Bouilly, « la fièvre est toujours vive, la température beaucoup plus élevée que dans les abcès enkystés des trompes et des ovaires ». Le pouls est fréquent et s'élève jusqu'à 130 pulsations, mais il est ample, bien frappé ; le pouls petit, filant, irrégulier et d'une fréquence excessive, appartient à la pelvi-péritonite.

L'observation suivante est très caractéristique au point de vue de la marche de la température et du pouls dans la paramétrite.

Observation VI.

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

H. C..., 39 ans, cuisinière, entre dans le service de M. le professeur Tédenat le 19 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Parents inconnus.

Antécédents personnels. — Enfance maladive. Peut-être

(1) Fritsch. — *Maladies des femmes.*

syphilis, semble-t-il. Réglée à 13 ans, régulièrement. Grossesse à 18 ans, pénible : vomissements, syncopes, fausse couche suivie d'hémorragies abondantes et répétées. Reste trois mois au lit. Il y a quatre ans, la malade semble avoir eu une poussée de néphrite. Elle entre à l'hôpital de Toulon avec des douleurs de tête violentes ; tendances à la syncope. Douleurs à la nuque et dans les membres inférieurs œdématiés. Pollakiurie, troubles de la vue.

Début de la maladie actuelle. — Première poussée à l'âge de vingt ans : douleurs dans le bas-ventre, irradiation vers les cuisses et les reins. Vomissements, ballonnement du ventre, œdème des membres inférieurs. Constipation opiniâtre.

La malade reste six mois à l'hôpital de Marseille. Elle se remet de cette poussée, conservant, cependant, une légère douleur dans la région de la fosse iliaque droite.

Poussée actuelle. — Rien jusqu'à la fin octobre. Même début que la première fois : douleurs dans le bas-ventre avec irradiation vers les cuisses et les reins. Vomissements, fièvre, inappétence. Constipation, urines abondantes.

Elle entre aux fiévreuses, le 5 novembre, avec 40° de température.

Poussée le 8 et le 9 novembre jusqu'à 40°,5. Le pouls est à 110-115.

On diagnostique dothiénentérie. Le 10 novembre, au matin, chute brusque à 37°,5, avec légère oscillation le soir à 37°,8, puis, chute au-dessous de 37°. Le 12, sérodiagnostic négatif. Nouvelle poussée le 14 ; la température remonte au-dessus de 39°. On diagnostique collection dans le petit bassin et la malade est envoyée en chirurgie.

Etat actuel. — On a affaire à une malade de teint pâle.

Ephélides nombreuses sur la face. Etat général peu satisfaisant. La malade répond mal et lentement aux questions, elle semble chercher ses mots. C'est une scléreuse, petites artères, peau sèche.

Examen. — Vagin normal, un peu de vaginité ; utérus refoulé à gauche par une tumeur du volume du poing, arrondie, occupant le cul-de-sac droit. Elle arrive au contact de l'utérus à la partie supérieure de la portion intra-vaginale du col ; le cul-de-sac postérieur ne peut être atteint. On diagnostique un phlegmon du ligament large. Deux analyses d'urines donnent, pour une quantité de 1,000 grammes, une densité à peu près normale. Réaction alcaline la première fois, acide la seconde ; une moyenne de 12 grammes d'urée. Pas de sucre, traces d'albumine. Un grand lavage vaginal amène la chute brusque de la fièvre.

Opération le 19 novembre. Anesthésie mélange éther et chloroforme. Lavage vaginal et nettoyage des culs-de-sac. On incise la poche avec les grands ciseaux. Il s'en écoule environ 200 grammes d'un liquide purulent jaune sale. On lave au Reverdin. Drain de gaze, tampon vaginal de gaze iodoformée. Suites opératoires excellentes. Le 21, pas de température ; le 22, premier pansement, presque plus de pus. Lavage au Reverdin. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

26 novembre. — Pansement, grand lavage vaginal, pas de température. La malade se remonte rapidement, elle mange avec appétit. L'état général est bon. Bientôt elle peut se lever et remplit dans la salle les fonctions d'infirmière sans douleurs et sans fatigue.

On l'examine le 12 janvier. Le résultat est excellent. Les culs-de-sac sont libres, un peu de rétroversion de l'utérus.

Dans les salpingo-ovarites, au contraire, en dehors des symptômes de la période du début et des poussées aiguës qui rappellent la pelvi-péritonite et qui disparaissent au bout de deux ou trois jours, la température ne s'élève guère. « Dans la période chronique, nous dit Delbet encore, les salpingites même suppurées, ne donnent habituellement pas de fièvre. Le pus, comme séquestré, n'infecte pas l'organisme. »

Si donc au cours d'une salpingo-ovarite, la fièvre apparaît, le thermomètre monte à 39°, nous pouvons conclure que le microbe, cause de la lésion, étant resté jusqu'alors à l'état latent, a récupéré sa virulence ou que d'autres germes sont venus à son aide.

La pyométrorrhée, la leucorrhée sont en général dépourvues d'intérêt, mais dans quelques cas elles nous fixent d'une façon certaine sur l'origine du pus. S'il provient ordinairement de la trompe, il peut être cependant produit par une paramétrite suppurée, ouverte dans la cavité utérine, de même il peut provenir d'une fistule siégeant dans un des culs-de-sac vaginaux. « C'est plutôt par les circonstances qui accompagnent l'écoulement que l'on peut décider de son origine. On est en droit d'admettre son origine tubaire, lorsque le liquide purulent ou muqueux s'écoule brusquement, spontanément ou par compression de la tumeur peu avant les règles, et qu'on observe en même temps la diminution de volume de celle-ci » (1). Il peut aussi apparaître dans les urines ou les matières fécales ; donc nous pouvons en conclure que la collection purulente s'est ouverte spontanément dans la vessie ou le rectum.

---

(1) Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité de gynéc.

Les troubles de la menstruation sont fréquents et c'est dans le cours des salpingo-ovarites qu'ils s'observent le plus. Leur suppression absolue est rare. Le plus souvent les règles deviennent très abondantes, durent 7, 8 jours et reviennent tous les 15 ou 20 jours.

Des fois, elles diminuent de quantité et sont irrégulières D'autres fois enfin, elles restent régulières, mais douloureuses. En général, la dysménorrhée est toujours observée au début.

Signes Subjectifs

Les douleurs ont un caractère spécial dans chacune des suppurations pelviennes.

Dans la *paramétrite,* la douleur, qui manque rarement, est en général très vive. Sourde au début, elle survient souvent brusquement, pendant la nuit, pour devenir en quelques jours lancinante, pongitive. « On l'a comparée non sans raison à celle du panaris » (1) .Elle n'est pas influencée par les mouvements et la respiration, sauf dans les cas de coexistence d'inflammation du pelvi-péritoine, où elle se fait sentir même dans l'immobilité la plus absolue. Dans la simple paramétrite, il faut exercer une certaine pression sur le ventre ou pratiquer le toucher vaginal, pour que la malade souffre véritablement.

Le siège habituel de la douleur est la fosse iliaque ;

---

(1) Roger. — Thèse de Paris, 1900.

mais elle s'irradie vite du côté du membre inférieur, en suivant le trajet des troncs nerveux. La jambe étant presque toujours fléchie et inclinée sur le côté sain est pour Hewitt (1) un signe pathognomonique de la paramétrite.

Dans les salpingo-ovarites la douleur a un caractère péritonéal à cause de la participation du péritoine à l'inflammation et son augmentation, pendant et après la menstruation, permet de présumer une inflammation de la trompe.

Cette douleur est spontanée ou provoquée, par exemple, par le toucher et lors du coït ; de plus, la partie latérale de l'hypogastre, la région de l'ovaire, est bien indiquée et localisée par la malade. Elle est unilatérale ou bilatérale. Elle peut être bilatérale même quand la lésion est unilatérale. Labadie Lagrave et Legueu appellent « douleur paradoxale » la douleur qui a son maximum à gauche, quand les lésions sont beaucoup plus accusées à droite ou inversement. L'irradiation se fait vers les lombes, vers le sacrum et le coccyx, vers les hanches. Les irradiations vers la vessie et le rectum sont très pénibles pour les malades, surtout pendant la miction et la défécation, d'où la constipation très opiniâtre. En général, ces douleurs n'ont pas l'intensité des douleurs paramétriques, mais elles peuvent se présenter avec des caractères beaucoup plus accusés, de véritables tranchées, parfois atroces, que Kaltenbach nomme des « coliques salpingiennes » et qu'on attribue à la contraction de la tunique musculaire de la trompe. Pour Labadie Lagrave les coliques salpingiennes sont dues aux contractions utérines suivies de l'expulsion du

---

(1) Delbet. — Suppur. pelviennes.

contenu de l'organe. Quelquefois les salpingo-ovarites peuvent être absolument indolentes. Nous avons vu un cas de ce genre au mois de mai 1901, dans le service de M. Tédenat.

Signes Locaux

La simple inspection de l'abdomen ne peut pas nous fournir de renseignements bien importants, mais cependant il ne faut pas la négliger, car dans certaines circonstances elle peut nous fixer immédiatement sur la localisation du mal.

Si, par exemple, une malade atteinte de vives douleurs pelviennes, se présente avec un abdomen plus plat que d'ordinaire et que dans l'une ou l'autre des fosses iliaques et parfois même dans les deux nous apercevons une tuméfaction œdémateuse qui fait saillie au-dessus du plan général et qui semble faire corps avec la paroi, n'avons-nous pas le droit de penser que l'inflammation siège dans le tissu circum-utérin, a fusé dans le tissu sous-péritonéal et a remonté derrière l'arcade de Fallope près de l'ombilic ? Ou bien les annexes utérines seront atteintes, si la tumeur paraît avoir conservé une indépendance relative avec la paroi. Mais, comme nous l'avons dit, ces signes tirés de la simple inspection n'ont aucune importance diagnostique et c'est la palpation qui nous permettra de distinguer les caractères de ces tuméfactions.

S'agit-il de paramétrite, on sent une tuméfaction développée sur le bord de l'utérus avec lequel elle se confond en élargissant la base du ligament large.

La main qui palpe éprouve cette sensation particulière qu'on appelle sensation du « plastron ».

S'agit-il, au contraire, d'une salpingo-ovarite, on per-

çoit profondément les tumeurs annexielles avec leur consistance dure ou fluctuante. Mais c'est surtout le toucher vaginal combiné au palper abdominal qui nous fournit les renseignements les plus précis sur la localisation et l'étendue des suppurations. Il est très douloureux, nous avons dit, dans les salpingo ovarites et il n'est pas sans inconvénient chez certaines malades.

L'index dans le vagin se rendra compte tout d'abord de l'état du col, son siège, sa mobilité et sa direction.

On explorera ensuite les culs-de-sac vaginaux et à l'aide de la main qui palpe, on se rendra compte de l'état du corps utérin, de ses annexes, du tissu connectif péri-utérin et du péritoine.

Dans la paramétrite les signes que le toucher nous donne sont différents suivant que nous observons la maladie au début ou longtemps après. S'il s'agit d'une maladie récente, on sentira une tumeur latérale peu nette : il y a dans le cul-de-sac latéral, une résistance indéterminée, élastique comme si l'on déprimait un linge tendu ; un léger refoulement de l'utérus du côté opposé et une fixation peu prononcée.

Si la maladie date d'un certain temps , le toucher nous fait constater que l'utérus est déplacé en masse du côté sain, si la tumeur est volumineuse. Si, au contraire, la tumeur est très petite, c'est seulement la partie de l'utérus qui est en rapport avec elle, qui sera dévié du côté sain tandis que le col sera dévié du côté malade. La tumeur douloureuse est presque toujours en avant du cul-de-sac latéral ; on peut la sentir, en même temps aussi en arrière de sorte qu'elle embrasse le col en forme de croissant et se confondant avec l'utérus.

Le doigt la sent sans déprimer la paroi. Elle est immobile, dure, lisse ou bosselée. Et quand c'est l'inflammation

du ligament large qui domine, le doigt atteint moins facilement le point douloureux et il faut déprimer le cul-de-sac pour la sentir.

Avons-nous affaire à une salpingo-ovarite, par l'exploration bi manuelle, nous trouvons l'utérus refoulé en avant et rarement en arrière. D'autrefois il est en rétroversion et complètement fixé ou peu mobile. Dans les cas récents les culs-de-sac sont normaux, souples, mais très douloureux à la pression.

Le doigt sent un cordon noueux, dur et douloureux, qui est la trompe enflammée s'enroulant autour d'un corps ovoïde, très douloureux aussi, qui est l'ovaire. Dans les cas de rétroversion la trompe et l'ovaire peuvent tomber dans le cul-de-sac de Douglas où l'on peut les sentir et qui donnent la sensation d'un paquet de macaronis.

Mais quand la collection est formée, ce n'est plus un cordon qu'on trouve, mais une véritable tumeur arrondie, dont le volume varie d'une noix à une grosse orange dure mais pouvant donner la sensation de fluctuation. L'ovaire masqué par la trompe est imperceptible. Ces tumeurs se trouvent relativement élevées et séparées de l'utérus par un sillon manifeste qui a une grande valeur diagnostique.

Parfois on trouve la tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, l'utérus étant antépulsé et la lèvre postérieure du col presque effacée ; il s'agit alors d'un exsudat péritonéal (périmétrite).

L'ensemble de tous les signes que nous avons énumérés nous permet, assez facilement, de reconnaître les deux grandes variétés anatomiques de suppurations pelviennes. Leur combinaison donne lieu à des types complexes qui sont plus difficiles à diagnostiquer, mais en se basant

sur les données fondamentales on arrive toujours à porter un diagnostic approximatif.

Les observations suivantes nous montrent bien la différence que le toucher nous donne dans les deux variétés de suppurations.

Observation VII

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat. Collection suppurée du Douglas.

M. L..., 30 ans, fermière, entre dans le service de M. le professeur Tédenat, le 4 décembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Assez bonne santé. Réglée à 16 ans et demi, les règles étaient irrégulières, abondantes et longues. Mariée à 26 ans, la malade a éprouvé des douleurs dès les premiers temps du mariage. Ces douleurs violentes siégeaient dans le flanc gauche et s'irradiaient vers l'épaule gauche. Les règles n'avaient pas cessé. On appelle une sage-femme qui ordonne des injections vaginales chaudes. A la suite de ces injections, issue par le vagin de membranes blanchâtres.

Les règles surviennent presque tout de suite après et durent 8 jours ; elles reviennent ensuite régulièrement sans douleurs et la malade reste pendant 3 ans en bonne santé.

Maladie actuelle. — Depuis deux mois, la malade éprouve des douleurs assez violentes dans le flanc gauche, s'irradiant vers la cuisse et les reins. Elle a des pertes blanches, pas de pertes rouges. De la fièvre.

Etat actuel. — Nous nous trouvons en présence d'une femme amaigrie, au teint terreux, aux yeux excavés,

avec un mauvais état général, des troubles digestifs de l'inappétence.

Examen. — Vagin normal. On sent le col plaqué contre la symphise. A l'exploration combinée on sent l'utérus en antéposition. Dans le cul-de-sac de Douglas, élargi, il y a de la tension et de la fluctuation très nette. A la partie postérieure du vagin, le doigt explorateur perçoit de l'empâtement, un œdème diffus.

Dans le Douglas siège une collection remontante assez haut à droite et à gauche. On ne peut sentir les annexes, cependant à gauche il semble qu'on touche une induration qui doit être les annexes.

Opération le 5 décembre. Après un grand lavage du vagin, un bon nettoyage des culs-de-sac, on incise la collection qui bombe à droite avec les grands ciseaux. Il s'écoule une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Lavage de la poche au Reverdin ; drainage de la poche et tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Le soir, température 31°1. Le 6 décembre, le matin, température 37°1. Le 9 et le 10, deux analyses d'urine d'une petite quantité totale à 350 grammes ; la première contenant 4 gr. 55 d'urée, la seconde 7 gr. 35, la réaction était acide trace d'albumine, pas de sucre.

La température, les soirs qui suivent cette première intervention, ne descend pas et se maintient autour de 38 degrés.

Le 12 décembre. — On diagnostique une nouvelle poche siégeant à côté de la précédente ouverte. On l'ouvre avec le dilatateur de Siredey et on tombe dans une collection à poches multiples d'où s'échappe environ un bon demi-litre de pus. Le doigt introduit dans cette poche, sent des saillies dures, scléreuses, sortes de cloisons divisant la cavité.

Tous les jours, on continue les grands lavages vaginaux et les lavages au Reverdin. Il s'écoule toujours un pus abondant d'odeur nauséabonde. On draine à la gaze iodoformée, mais la température continue à se maintenir au-dessus de 38° le soir. Même le 17, 18 et 19 décembre, elle dépasse 39°. En faisant la palpation de la fosse iliaque gauche, on sent une collection pâteuse volumineuse, renfermant du pus. On songe à une hystérectomie vaginale. La malade est préparée par de grands lavages vaginaux, par des tampons de gaze iodoformée dans le vagin et des tampons d'ichthyol. Mais, devant le mauvais état général, cette fièvre continue et ce pus entourant l'utérus et les annexes, on se décide à faire une nouvelle incision vaginale.

Après un bon lavage du vagin, un nettoyage au tampon, la malade est anesthésiée au mélange chloroforme et éther. On ouvre alors, avec le long bistouri, boutonné à gauche, une nouvelle poche, que l'on agrandit avec les ciseaux longs. Il s'en écoule une quantité de pus considérable, nauséabond, d'odeur fécaloïde. On fait une grande irrigation au Reverdin, et l'on met dans la cavité un drain en T, que l'on entoure de gaze iodoformée et qui arrive jusqu'à l'ouverture vulvaire. La malade étant très affaiblie, on lui fait, ce jour même, deux injections de caféine et une injection de 200 grammes de sérum. Tous les jours, on fait des lavages avec le tube et on renouvelle la gaze.

Le 29 décembre, des matières fécales sortent par le tube et aussi les jours suivants. On enlève le drain et on se contente de faire tous les jours des irrigations de la poche avec le Reverdin. La cavité droite ne suppure plus et se ferme rapidement.

L'état général est bon, la malade commence à manger, elle se remonte rapidement, le faciès est meilleur. Elle

peut travailler sur son lit et repose la nuit. La température dépasse à peine 38° le soir.

Le 1er janvier et jours suivants, on continue les lavages des deux poches au Reverdin, et, le 12 janvier, on trouve la cicatrisation complète des trajets fistuleux. La poche que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche n'existe plus. Les tissus se sont assouplis, plus de température; on fait mettre des enveloppements de Priessnitz pour achever de résoudre l'empâtement.

Le 22 janvier, la malade part chez elle guérie, avec bon état général, sans fièvre; bon appétit. Elle a engraissé.

Observation VIII

Annexite double. — Hystérectomie vaginale totale
(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

G. L..., 28 ans, blanchisseuse, entre dans le service de M. le Professeur Tédenat, le 22 janvier 1899; salle Desault, lit n° 13.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort aliéné ; mère morte de suites de couches ; frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Santé délicate pendant l'enfance. Conjonctivites fréquentes, croûtes au niveau des oreilles. Réglée à 11 ans. Règles régulières au début, durant trois ou quatre jours. A 16 ans, pendant dix-sept mois, arrêt des règles, anémie, œdème des jambes, palpitations, troubles digestifs (inappétence). Les règles sont revenues au bout de sept mois, tous les huit jours d'abord, puis tous les quinze jours, douloureuses, abondantes chaque fois. Depuis cette époque, elles ont été toujours irrégulières dans leur apparition.

La malade entre dans le service de M. le Professeur Grasset avec des symptômes d'anémie très prononcée et y reste quatre mois. Pertes blanches, perte de l'appétit, amaigrissement. Elle toussait, vomissait fréquemment, quelquefois du sang.

Pendant son séjour, elle prend une bronchite avec fièvre et sort après ces quatre mois de séjour non guérie, souffrant d'une douleur localisée au côté gauche du thorax.

La malade a dû prendre la syphilis dans le courant de l'été 1898. Elle est soignée par les injections d'huile grise intra-fessière, dans le service de M. le Professeur Brousse. A ce moment-là accidents secondaires : syphilis du cou, roséole, pas de plaques muqueuses, ni à la bouche ni aux organes génitaux. Etat général assez bon, quelques vomissements hystériques qui n'altèrent pas son état général.

Maladie actuelle. — Depuis le mois de juillet 1898, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre, sans irradiation; en même temps, l'irrégularité des règles continue, elles viennent tous les quinze jours. Pas de pertes blanches à ce moment-là, mais la malade semble être en pleine blennorrhagie : cuisson au début de la miction et abcès au niveau de l'entrée du vagin, probablement *bartholinite* que l'on incise dans le service de M. le Professeur Forgue. Il en sort du pus. Après quelques pansements vaginaux, on l'envoie dans le service de M. le Professeur Brousse où l'on soigne la syphilis et la blennorrhagie. La malade quitte le service de M. Brousse, le 9 décembre 1898, améliorée. Pendant quinze jours, elle s'est bien portée, sans pertes. Puis, les pertes ont de nouveau recommencé rouges et blanches. En même temps, la malade ressentait des douleurs de ventre plus localisées dans la fosse iliaque gauche que droite; ces douleurs

étaient si violentes que la malade avait peine à marcher.

Elle entre, le 22 janvier 1899, dans le service de M. le Professeur Tédenat.

Etat à l'entrée : Annexite gauche et droite. Les annexes sont dures, adhérentes et douloureuses à la pression.

Opération, le 7 mars 1899 ; anesthésie éther et chloroforme. Hystérectomie vaginale. Vagin très étroit qui gêne le passage de l'utérus, difficulté encore accrue par les adhérences considérables. Avec le doigt, on arrive à décoller toutes les adhérences, et après l'extraction, une masse épiploïque de quatre ou cinq doigts fait hernie à travers la plaie et adhère à l'utérus qu'on résèque. On lie les ligaments larges au catgut et on ne laisse pas de pinces à demeure. On est obligé, cependant, de laisser une pince hémostatique mise sur une artériole.

Le soir de l'opération : T. 36°8 ; P. 95.

Le — 8. T. 37°7 ; P. 95.

Le 9. — On enlève la pince hémostatique. Lavements salés. Quelques vomissements poracés. T. 38°5 ; P. 97.

Le 14. — Premier pansement à la gaze ; on tire un fil au catgut qui liait un ligament large. La plaie vaginale va bien.

Fréquents besoins d'aller à la selle la nuit du 15 au 16 et la journée du 16. Peu de selles.

18 mars. — Encore fréquents besoins d'aller à la selle. Vomissements, épistaxis.

19. — Deuxième pansement.

22. — Troisième pansement. La malade va bien, quelques douleurs dans les fosses iliaques. Cuisson à la miction, envies fréquentes d'uriner.

26 mars. — La malade souffre dans le bas ventre, des deux côtés, mais surtout à gauche. Quelques pertes ver-

dâtres. Un peu de sang, le 27 au matin. Vagin souple, cicatrisation complète

1er avril. — La malade souffre toujours un peu pour uriner, mais elle va très bien.

Novembre 1899. — La malade va bien, s'alcoolise, ne souffre pas.

Observation IX

Due à l'obligeance de M. le prosesseur Tédenat.
Collection purulente du Douglas. — Ouverture aux ciseaux

A. M.., 35 ans, entre le 19 mai 1899 dans le service de M. le professeur Tédenat.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Variole à 19 ans. Il y a 9 ans, grippe avec manifestations nerveuses. Réglée à 14 ans régulièrement ; durée 3 à 4 jours ; perdait peu à la fois; quelques caillots, quelques douleurs dans le ventre. Avant la variole, pendant six mois, la malade n'a pas vu revenir ses règles. Quelques pertes blanches, puis les règles sont revenues de nouveau, et, pendant un an, très irrégulières.

Mariée à 25 ans, grossesse normale, accouchement à terme, mais, le travail ayant duré près de 2 heures sans qu'on applique le forceps, l'enfant est venu mort. Après l'accouchement, la malade est restée 9 jours au lit, et, 15 jours après l'accouchement, pertes rosées ayant duré 24 heures.

Maladie actuelle. — Les règles, après l'accouchement, étaient revenues régulièrement durant 2 ou 3 jours, pas douloureuses, lorsque, 6 mois après environ, la malade a commencé à éprouver subitement de violentes douleurs

dans la fosse iliaque droite, sans irradiations. La malade s'est mise au lit, mais, le lendemain, la crise finit ; elle s'est levée.

Ces douleurs sont revenues d'une façon irrégulière, à l'occasion de fatigues, tantôt tous les mois, tantôt tous les 6, 8 mois. Les règles reviennent régulièrement.

Il y a 15 jours environ, la malade qui souffrait légèrement de son côté droit, a été prise de douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite, avec irradiations vers la région lombaire droite et dans le membre inférieur droit. Vomissements, tremblements. La malade ne perdait pas. Ces douleurs ont été très violentes jusqu'à l'apparition des règles, qui sont survenues deux jours après cette crise aiguë. A ce moment-là les douleurs ont diminué, la malade n'a plus vomi. Perte de l'appétit, constipation opiniâtre. Des douleurs violentes dans le ventre et les reins, quand la malade se présentait à la garde-robe. Règles régulières, pertes blanches.

Etat actuel. — La malade est une grosse obèse, flasque ; les douleurs, soit dans le bas ventre, soit dans la région lombaire, indiquent qu'il y a une vieille annexite. La recrudescence des douleurs, la fièvre, la tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur, où l'on sentait, à travers un œdème inflammatoire, un empâtement fluctuant, indiquant une collection purulente.

Opération le 20 mai 1899.

Lavage et nettoyage du vagin au lysol, la veille de l'opération. Tampon de gaze. Le jour de l'opération, nouveau lavage du vagin au lysol. Incision aux ciseaux longs d'une collection siégeant dans le cul-de-sac latéral droit et le Douglas. Issue d'environ 6 à 700 grammes d'un pus jaunâtre à odeur fécaloïde. Lavage de la poche au Reverdin. Dans la poche, on sent, au plafond, deux ou

trois bosselures, mais on ne peut savoir si c'est l'intestin grêle ou la trompe.

On draine à la gaze iodoformée.

Température, 38 degrés. La malade urine rouge. Sang dans les urines ; 200 grammes environ.

Premier pansement le 21 mai. Ecoulement de pus et de sang.

23 mai. — On enlève le drain, on lave au Reverdin la poche. On draine à la gaze iodoformée. Pas de température

25 mai. — Pansement ; l'orifice est en grande partie fermé. Introduction du Reverdin, lavage de la poche, et on introduit une petite mèche de gaze iodoformée,

1er juin. — Utérus presque normal, mobile, avec très légère rétroversion ; culs-de-sacs souples.

18 juin. — La malade a ses règles, revenues à l'époque habituelle. Ecoulement assez abondant. Pas de douleurs.

La malade part guérie le 20 juin.

PRONOSTIC

Le pronostic de la paramétrite est en général bon. Il est vrai qu'il existe divers dangers : la pression sur les nerfs, ou plutôt l'extension de l'inflammation aux gaines nerveuses, provoque de la névralgie et de la paralysie des extrémités inférieures, « de sorte qu'il n'est pas rare de voir des patientes qui, pendant longtemps, ont été traitées par le courant électrique pour « sciatique », alors qu'elles sont réellement atteintes d'un exsudat paramétrique (Fritsch) ».

Il peut y avoir aussi de la compression d'un uretère, ou la collection s'ouvrir dans l'uretère même. L'abcès peut s'ouvrir encore dans la vessie ou le rectum ou simultanément dans l'intestin et la vessie.

Il est compréhensible que toutes ces complications ne sont pas sans inconvénients et dangers. Mais si les conditions extérieures permettent de traiter rationnellement, la paramétrite récente comme la paramétrite ancienne constituent une affection curable.

On ne peut pas encore juger définitivement pour ce qui concerne le pronostic des salpingo-ovarites. On a rarement relaté la mort dans des cas négligés. Ici aussi existent différents dangers : l'ouverture de la collection dans la vessie, le rectum et l'intestin, mais, le plus redoutable, est la rupture de la poche dans le péritoine, et d'après

Lawson-Tait, la moitié des salpingites menacent la vie de la sorte.

Mais cette rupture est rare et, en réalité, le plus grand nombre des salpingites ne menacent pas directement l'existence ; elles condamnent la femme à une vie de souffrance. Nous connaissons ce long état maladif qui retentit sur l'état général en rendant la malade nerveuse, irritable et stérile.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Le principe chirurgical d'évacuer le pus ne perd pas ici sa valeur. Il est bien plus impérieux même en raison des dangers que nous avons indiqués. Seulement il s'agit de savoir quand faut-il évacuer le pus, par où et comment?

Tout le monde chirurgical est d'accord qu'il ne faut jamais attendre l'ouverture spontanée parce qu'elle est tardive, parce qu'elle peut se faire en mauvais lieu et même, si elle se faisait en bon lieu, elle est toujours insuffisante et des accidents de rétention surviennent.

Le principe de l'intervention établi, voyons quelle doit être la conduite du gynécologue dans chacune des suppurations pelviennes.

Paramétrites

Quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas d'infections aiguës du tissu péri-utérin ?

Voila une malade qui se plaint d'une douleur continue et lancinante avec tumeur fluctuante, siégeant dans une des fosses iliaques. La fièvre a brusquement débuté. Elle est très vive, le thermomètre montre 39° ou 40°. Le pouls est plein, régulier, mais la malade présente une faiblesse extrême.

A l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens sont de l'avis qu'il faut aller au plus pressé. Bien fixer la position de l'abcès et faire une incision immédiate. Au bout de peu de temps on voit la fièvre tomber et tous les phénomènes s'amender.

Mais, que fut-elle devenue cette inflammation si l'on avait temporisé ? Les inflammations aiguës qui sont dues à la virulence du streptocoque seul ou associé au gonocoque, sont d'une marche envahissante très rapide. Cette paramétrite aiguë se propagera dans tous les prolongements du paramétrium et voilà l'abcès s'ouvrant dans la vessie, le rectum et même dans l'utérus, d'où une infection continuelle de l'organisme. Or, dans ces cas-là, il faut inciser le plus vite possible, comme si l'on avait affaire à un phlegmon sous-cutané, et la guérison sera rapide. Nous verrons plus loin qu'elle est la voie qui favorisera l'écoulement le plus sûr du pus.

Mais les suppurations anciennes ne se présentent pas avec cette intensité de symptômes. Les douleurs sont vagues et rares, le pouls est presque normal et pas de fièvre. Mais un jour, sous l'influence d'un traumatisme ou d'une cause occasionnelle quelconque, cet abcès, jusqu'alors latent, apparaît avec tous les symptômes de l'infection aiguë.

Dans ces cas-là, il ne faut pas non plus attendre, sauf dans les cas, où, la malade ne pouvant pas supporter une opération immédiate, on se préoccupera d'améliorer son état général.

Salpingo-ovarites

La conduite du chirurgien dans les lésions des annexes doit être différente suivant qu'il s'agit de pyo-salpinx froid non compliqué ou de pyo-salpinx aigu non compliqué.

La possibilité de la guérison complète de la salpingite est aujourd'hui chose prouvée par des grossesses qui ont été signalées à la suite des lésions inflammatoires des annexes. Dès lors, le chirurgien doit-il avoir recours à une opération pour enlever un organe qui plus tard pourrait être utile, mais qui pourrait aussi provoquer des accidents assez graves, et qui, cependant, a une tendance à une guérison spontanée ? Eh bien, non, sa conduite doit être d'attendre les évènements, d'user des moyens antiphlogistiques et de recourir au bistouri quand la vie est menacée. Si par une simple incision on pouvait évacuer le pus comme dans la paramétrite, pourquoi ne pas le faire ? malheureusement la trompe n'étant pas toujours accessible par le vagin, et si l'on a affaire à une collection non kystique, on ne peut pas songer à évacuer tout le pus contenu dans la trompe.

Dans un pyo-salpinx froid, le pus enkysté n'ayant aucune tendance à disparaître, l'opération s'impose pour triompher de la septicémie et supprimer la possibilité d'une péritonite mortelle.

Avons-nous besoin de dire que dans les suppurations pelviennes complexes, où tissus cellulaire péri-utérin, annexes et péritoine participent simultanément à l'inflammation, l'indication opératoire est formelle et que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'opération sera plus précoce.

TRAITEMENT

Il y a deux voies, à l'heure actuelle, qui se disputent la supériorité pour atteindre et évacuer les suppurations pelviennes : la voie abdominale et la voie vaginale. Nous ne ferons que mentionner certaines méthodes, comme le curetage, la dilatation de l'utérus et le cathétérisme de la trompe, dont les résultats sont illusoires et, souvent, même néfastes. Disons de même de « l'incision para-sacrée de Zuckerkandl et de Wolfler », la « résection préliminaire du sacrum et du coccyx », d'après la méthode de Kraske, modifiée par Hégar et Wiedow pour les suppurations pelviennes, en ne faisant que la résection temporaire du sacrum. La voie rectale conseillée par Byford, idée qui lui a été suggérée par un cas où il avait à traiter un abcès pelvien ouvert dans le rectum, est soumise aux mêmes objections. Ce sont des méthodes qui ne peuvent être jugées par le peu d'observations qu'on a apportées.

Nous distinguerons trois modes d'interventions :

1° L'opération de Laroyenne et l'incision du cul-de-sac postérieur ; 2° l'extirpation utéro-ovarienne par la voie vaginale, et 3° l'extirpation utéro-ovarienne par la voie abdominale. Nous tâcherons de montrer dans quels cas ces trois opérations sont indiquées.

Opération de Laroyenne et incision du cul-de-sac postérieur

L'incision du cul-de-sac postérieur a été employée de tout temps pour évacuer des collections purulentes saillantes dans le vagin, mais c'est le professeur Laroyenne, de Lyon, qui a étendu ses indications à des collections qu'on considérait comme inabordables par cette voie, et il a imaginé une sonde trocart spéciale pour atteindre ces collections purulentes.

Indications. — Dans les paramétrites suppurées aiguës ou chroniques qui se développent à la suite d'un accouchement ou après une blennorrhagie, l'incision du cul-de-sac postérieur doit être pratiquée, parce qu'elle répond au principe chirurgical, qui veut que le foyer purulent soit toujours ouvert et drainé en son point le plus déclive. Ce mode de traitement de la paramétrite suppurée a recueilli l'adhésion de presque tous les chirurgiens et, s'il est, dans la généralité des cas, l'opération de choix, nous ne croyons pas, cependant, qu'il puisse s'appliquer aux paramétrites graves, étendues aux deux ligaments larges, la « cellulite diffuse de Pozzi », qui est souvent compliquée de l'inflammation des annexes et du péritoine pelvien et qui demandent une opération beaucoup plus radicale.

Dans les salpingo-ovarites suppurées, simples ou compliquées, aiguës ou chroniques, l'incision du cul-de-sac postérieur est indiquée, quand nous avons affaire à une lésion unilatérale, à situation déclive et accès facile. Mais ces conditions ne sont pas toujours réalisées. Dans les cas où des anses intestinales ou une masse épiploïque

se sont interposées entre la poche et le vagin, le chirurgien, ne se servant que du doigt, peut toujours éviter, la perforation de l'intestin et atteindre la poche salpingienne, aussi haut qu'elle soit située.

« La colpotomie postérieure, dit Monod, constitue une ressource utile dans les ovaro-salpingites suppurées unilatérales. Ces lésions suppurées des annexes, qui sont souvent accompagnées d'une lésion circonscrite du péritoine voisin, occasionnent le plus souvent un épanchement suppuré, quelquefois séreux. Cet épanchement, qui se présente le premier sous le bistouri, sera le premier évacué. Mais il ne faut pas se contenter de cette seule incision. Le doigt, introduit dans cette boutonnière, devra aller à la recherche du foyer annexiel de cette cause de suppuration, sans doute plus profondément situé. Lorsqu'on aura découvert ce foyer, ce qui n'est pas toujours facile, il faudra l'inciser, le vider, le drainer. »

Avons-nous besoin de dire qu'avec l'incision du cul-de-sac, on ne crée pas un point faible à la paroi, qui est souvent la cause d'une éventration, et on n'a pas cette cicatrice difforme si désagréable pour la femme qui la porte?

Extirpation utéro-ovarienne par la voie vaginale

Partant du principe que l'utérus est le point de départ des suppurations pelviennes, et ayant observé, d'autre part, que les phénomènes douloureux persistaient parfois après l'ablation des annexes par la laparatomie, M. Péan eut l'idée de lui substituer l'hystérectomie vaginale, et c'est au mois de décembre 1887 qu'il a pratiqué la première hystérectomie vaginale pour lésion bilatérale des annexes. C'est M. Segond qui fut un des premiers adeptes

de la « méthode nouvelle », et qui, au Congrès de Bruxelles de 1892, ayant présenté son remarquable rapport des avantages de l'hystérectomie vaginale, non seulement elle a été admise par principe, mais ses indications ont été beaucoup plus étendues ; et les adversaires de la première heure, comme Richelot, Bouilly et même Pozzi, l'acceptèrent avec quelques restrictions.

Le créateur de la méthode lui appliqua ses deux procédés familiers, le morcellement et la forcipressure, et son manuel opératoire, modifié par Segond, Quénu, Doyen, le principe, le « morcellement » reste le même.

Pour M. Péan (1), les indications de l'hystérectomie vaginale sont les suivantes :

1° Si la poche salpingienne est volumineuse, bilatérale, très adhérente aux organes voisins ;

2° Si la suppuration est étendue aux deux ligaments larges et si elle a fusé dans plusieurs directions ; si le pus s'est fait jour dans la vessie et le rectum, s'il s'agit, en un mot, de ces graves suppurations qui mettent la vie de la malade en danger ;

3° Dans les pelvi-péritonites suppurées, si la suppuration est très étendue et a envahi les autres portions des annexes.

Pour Pozzi, « l'hystérectomie vaginale doit être préférée à la laparatomie dans tous les cas où les annexes paraissent fortement adhérentes à l'utérus et dans ceux où la suppuration s'étend autour d'elles (péri-métro-salpingite suppurée) ».

Même il y a des chirurgiens qui, dans les salpingo-

---

(1) Péan. — Traitement des suppurations d'origine utérine, *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1890.

ovarites suppurées, pas trop adhérentes, préfèrent l'hystérectomie vaginale à la résection totale ou partielle de la trompe et de l'ovaire par la voie abdominale. Et, en effet, comme le dit Fritsch, « des annexes sans utérus ont aussi peu de valeur que l'utérus sans annexes ». Si bien qu'après avoir enlevé des annexes, quelque temps après, il a été obligé de pratiquer une hystérectomie vaginale secondaire, à cause des douleurs, qui ont persisté malgré la première opération. Et ces cas ne sont pas rares : Richelot, sur trois cents malades laparatomisées, a dû, cinquante-trois fois, pratiquer l'hystérectomie vaginale secondaire pour des accidents utérins.

« Il faut être prévenu, nous dit Pozzi, que l'ablation des trompes peut quelquefois ne faire sentir ses bons effets qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois. La malade peut continuer, durant ce temps, à éprouver des douleurs abdominales qui, quoique moins fortes qu'auparavant, la désespèrent, en lui faisant croire que l'opération n'a pas atteint son but », et il préconise le curetage de l'utérus et les injections intra-utérines un mois après l'opération. Pendant ce mois d'attente, les malades souffrent atrocement, et après, ces douleurs ayant résisté à tous les traitements, on est obligé d'enlever l'utérus par une seconde intervention.

« L'utérus est donc, nous disent Labadie-Lagrave et Legueu, la grande cause qui rend incertains, aléatoires et douteux les résultats de la laparatomie avec ablation bilatérale des annexes ; cette proposition, acceptée à peu près par tous les chirurgiens, a été l'origine de l'hystérectomie vaginale ; elle est devenue plus tard le point de départ de l'hystérectomie abdominale totale. Et la formule suivante tend déjà à s'imposer partout : *Toute castration annexielle bilatérale doit être suivie de l'abla-*

tion de l'utérus. » Et si nous devons croire Wertheim (1), qui a trouvé le gonocoque dans les couches profondes de la musculeuse de la trompe et de l'utérus, on s'explique facilement la résistance de l'infection utérine à tout traitement et sa persistance dans le moignon de la trompe, aussi court qu'il soit coupé. C'est un argument de plus qui vient en aide à l'hystérectomie totale. Et, en effet, pourquoi laisser des organes qui, malgré toute la bonne volonté du chirurgien, restent bourrés de microbes et constituent le point de départ d'une nouvelle infection de l'organisme ?

Les objections que l'on a coutume d'adresser à la voie vaginale se ramènent aux suivantes : tout d'abord, le chirurgien opère un peu à l'aveugle, ensuite, les ligatures présentent de réelles difficultés. A cela, on peut répondre qu'une main exercée reconnaît facilement ce qu'elle va sectionner ; quant aux ligatures, si l'on ne peut les faire convenablement, il est permis d'y remédier en laissant quelques pinces à demeure que l'on ôtera au premier pansement, Nous avons pu, dans le service de M. Tédenat, faire la comparaison entre les deux procédés opératoires, et nous avons constaté une guérison plus rapide pour l'opérée quand le chirurgien avait suivi la voie vaginale. On peut dire que les malades ne ressentent presque pas le choc opératoire qui suit inévitablement toute laparatomie.

La malade de l'observation qui suit a été opérée par la voie vaginale. Elle était beaucoup plus vite rétablie que la malade de l'observation XI opérée par la voie haute et ayant très bien supporté son opération.

---

(1) Wertheim. — *Arch. für gyn.*, t. XLI, Heft I, 1892.

Observation X.

(Personnelle).

Recueillie dans le service de M. Tédenat.

Adeline L..., 39 ans, entre salle Desault, n° 14, le 8 novembre, parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans, mère morte à 61 ans d'une chute. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Sujette à s'enrhumer. Pas de maladie antérieure. Réglée à 13 ans, durée 3 jours, depuis un an ; 4, 5 jours auparavant. Avec quelques caillots, petits d'ordinaire. En septembre dernier, un gros caillot. Leucorrhée légère habituelle. Pas de fausses couches ni de grossesse.

Il y a deux ans, la malade éprouva une violente douleur à la région lombaire droite, s'étendant à l'abdomen. Elle dura 15 jours cédant à l'application d'un calmant. Tout alla bien jusqu'il y a 10 mois ; à ce moment elle sentit, au niveau de la fosse iliaque droite, de vives douleurs à caractère lancinant, qui la firent évanouir une fois, durant 15 jours. Les règles arrivèrent 15 jours après et la malade fut soulagée. Le docteur sentit en ce moment (en février) une tumeur et engagea la malade à se faire soigner ; elle, ne souffrant pas, négligea ses avis. Mais, il y a deux mois, elle sentit son abdomen si tuméfié et éprouva de fortes coliques, allant jusqu'à la perte de connaissance. Le troisième jour, vomissement poracé. Depuis, elle souffre peu, mais sent de temps à autre de petits élancements. Les règles arrivèrent, retardant de 20 jours. Peu abondantes, durèrent trois semaines et le sang était mêlé de pus. Le

deuxième jour des règles, elle fit un caillot noirâtre, long de 10 centimètres environ. La malade vit M. Tédenat, il y a 3 semaines, qui ordonna des pilules et le Priessnitz. Soulagement.

Etat actuel. - Femme assez conservée, peu nerveuse, jamais de crises ; elle n'a pas maigri. Appétit normal, digère bien.

Cœur et pouls normaux, ne tousse pas. Souffre en urinant quand elle a ses vives douleurs. Actuellement, urine sans douleur, 3 ou 4 fois par jour. Pas de mictions nocturnes.

Examen. — L'abdomen, en inspection, présente une légère voussure dans la fosse iliaque droite. A la palpation la fosse gauche est libre et indolore : la fosse droite un peu plus sensible et n'est pas aussi libre.

Au toucher, vulve et vagin, utérus, col normaux ; cul-de-sac postérieur et latéral droit occupés par une masse dure et indolore. Des deux côtés les annexes sont volumineuses.

16 novembre. *Opération.* — Anesthésie au mélange. Hystérectomie vaginale totale. Décollement des faces de l'utérus, section médiane de l'organe. On enlève chaque moitié avec ses annexes qui sont très pénibles à décoller, Il sort de vieux caillots. On lie les ligaments larges avec du fil de lin fort.

A gauche, une pince est laissée sur l'utérine, on bourre le vagin de gaze iodoformée. La malade n'a pas perdu de sang. On lui fera 500 grammes de sérum.

Le 18. — La malade se sent très bien.

Le 20. — Bon faciès, son état est excellent.

Le 22. — On en lève la gaze, on lave ; le fond de l'utérus est presque cicatrisé.

Le 23. — La malade va très bien.

Extirpation utéro-ovarienne par la voie abdominale

La persistance des phénomènes douloureux utérins après la résection tubo-ovarienne par la voie abdominale a suggéré l'idée au chirurgien américain Polk de pratiquer l'ablation utéro-ovarienne par la voie abdominale. Cette opération a trouvé d'ardents adeptes en Baldy, Krug Slocum Pryor, en Amérique, et Chaput et Delagenière, en France.

Segond considère la pratique américaine « comme une intervention d'exception » et, comme il l'a déclaré au congrès de Genève, elle ne vit que des contre-indications de l'hystérectomie vaginale : « Dans les lésions très complexes anciennes, scléreuses, l'hystérectomie me semble contre-indiquée. Ici, fatalement, l'opération sera incomplète, et malgré qu'elle donne immédiatement des résultats merveilleux, il faut plus tard refaire une laparatomie secondaire. Il en est surtout ainsi dans les vieilles lésions, où les adhérences sont fermes, scléreuses, indécorticables par la voie vaginale. De ce côté, les poches se déchirent, viennent par lambeaux ; par la voie haute, on les enlève intégralement et l'avantage reste à la laparatomie » (Labadie, Lagrave et Legueu).

« J'estime qu'il est excessif, dit Pozzi, d'ériger en méthode de choix une manœuvre de nécessité. Je n'admets alors l'hystérectomie que quand on se trouve en présence de difficultés d'hémostase très grande provenant de l'adhérence des *annexes* à l'utérus. Si l'on avait pu les diagnostiquer d'avance, mieux eût valu assurément faire d'emblée l'oophoro-hystérectomie vaginale. La préférence des chirurgiens américains pour l'hystérectomie abdominale to-

tale a eu pour raison qu'ils sont demeurés longtemps sans bien connaître la technique de l'hystérectomie vaginale par morcellement avec forcipression, la seule qui convienne à de pareils cas. Je ne doute pas que, lorsqu'ils seront plus familiarisés avec cette opération, ils ne reconnaissent sa supériorité sur l'oophoro-hystérectomie abdominale. »

Observation XI

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. P. Soubeyran, chef de clinique.

Noémie R..., 25 ans, entre le 27 juin 1901, salle Desault, lit 30.

Antécédents — Réglée à 14 ans, régulièrement, quelques pertes blanches. Les règles manquent le 20 mai ; le 10 juin, souffrant depuis 3 jours, les règles arrivent avec un caillot gros comme 2 pièces de 5 francs et plat, la perte abondante dure 12 jours. La malade prend des injections au phénosalyl, mais elle souffre du côté gauche, elle a de gros frissons, des sueurs. Le 27 juin, ayant vomi le matin, elle entre à l'hôpital en proie à de violentes souffrances.

Examen. — Ventre ballonné, sensible ; vagin chaud, utérus peu mobile, culs-de-sac empâtés.

Le 28 juin.— Anesthésie au mélange, colpotomie postérieure ; il s'écoule du sang et un peu de sérosité, lavage et bourrage de l'utérus à la gaze iodoformée. Puis on introduit le doigt dans le Douglas, une poche est rompue qui donne un verre à bordeaux de pus verdâtre. On lave et on bourre à la gaze le Douglas et le vagin.

Le 1er juillet. — La malade se plaint de coliques.

Le 8. — Souffre encore des coliques. On lui met le Priessnitz.

Le 15.— Elle ne souffre plus depuis 2 jours, le Priessnitz l'a soulagée.

Le 2 août. — Elle souffre dans le bas-ventre à gauche. Par le toucher, on trouve dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur douloureuse.

Le 21. — La malade sort malgré cette tumeur, les douleurs ayant cessé.

Le 18 octobre. – Elle rentre, lit 6, dans un état aigu. Ventre ballonné très douloureux. L'utérus et les culs-de-sac sont douloureux; Priessnitz, glace sur le ventre, injections chaudes.

Le 23. — Un peu calmée, mais quelques douleurs lancinantes persistent encore.

Le 18 novembre. — Opération. Anesthésie au mélange, hystérectomie abdominale totale. Annexes volumineuses, adhérences de l'utérus. On enlève l'utérus après avoir mis pince sur les ligaments larges ; l'ovaire gauche est plein de pus, se crève, il en coule près d'un verre. Les annexes droites sont enlevées aussi. Thermocautère dans le col, suture du péritoine et de la paroi.

Pièces anatomiques. — L'utérus, petit, paraît peu atteint. A droite, l'ovaire est gros avec petits kystes ; trompe épaisse, avec petites adhérences. A gauche, kyste ovarien, à parois épaisses, plein de pus ; trompe épaisse, dilatée, contenant du pus.

Le 19. — La nuit a été calme ; la malade a peu souffert. Elle a trop bu de champagne et a vomi ce matin ; bon faciès.

Le 22. — Bon état général.

Observation XII

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

Salpingo-ovarite double. — Laparatomie. — Guérison

L. S..., 22 ans, entre à l'hôpital Suburbain, villa Fournier, le 25 novembre 1891. Pas de maladie antérieure. Règles à 16 ans, toujours irrégulières. Tantôt avançant, tantôt retardant avec une durée moyenne de 7 à 8 jours. Pas de grossesse. Début, il y a 5 ans, par de très vives douleurs, siégeant dans le flanc gauche, survenant principalement à la suite de fatigues de tous genres, disparaissant par le repos complet au lit. Il y a 2 ans, sous l'influence d'excès de diverses natures, les douleurs apparurent au côté droit avec une extrême intensité ; pendant un mois et demi elles persistèrent très vives, accompagnées de vomissements fréquents ; elles se calmèrent progressivement sous l'influence de bains de siège, d'injections chaudes, etc. Pendant cette période les douleurs du côté gauche persistaient avec les mêmes caractères. La malade alla au mois d'août 1891, faire une saison à Saint-Sauveur ; elle en revint améliorée, mais pas complètement guérie.

Actuellement les douleurs nulles, au repos, apparaissent des deux côtés, surtout à droite, à la moindre fatigue. Les vomissements n'ont plus reparu. L'état général est satisfaisant, la malade se nourrit bien.

A la palpation abdominale on sent un empâtement vague, mal délimité dans les deux flancs. Celui du côté droit est plus accentué ; la pression est fortement douloureuse. Au toucher, on constate que le col est abaissé ; tout autour, on perçoit une induration vague, douloureuse.

La laparatomie est pratiquée le 1er décembre avec les précautions d'usage. Incision d'environ 12 centimètres sur la ligne médiane. L'interstice des grands droits est recherché pour inciser ; le péritoine mis à découvert est ponctionné au bistouri, puis largement ouvert avec les ciseaux. La plaie est maintenue largement ouverte au moyen des écarteurs d'Ollier, tandis qu'une valve abaisse la commissure inférieure. On voit alors la trompe gauche qui est notablement dilatée ; elle a acquis le volume d'une noix et présente une coloration noire, indice d'un hématosalpinx. En outre, de nombreuses adhérences unissent entre eux les organes du petit bassin ; l'intestin est largement uni sur plusieurs points, d'une part à la paroi abdominale, d'autre part à l'utérus. On entreprend alors un long travail qui a pour but d'ouvrir et de vider la poche d'hémato-salpinx et de rompre la plupart des adhérences qui unissent l'utérus, la paroi abdominale, l'intestin et les parois du bassin. On parvient à libérer à peu près complètement les divers organes. Pendant que l'on est livré à ces manœuvres, l'intestin s'échappe par la plaie sur une longueur d'environ 50 centimètres. Il est remis en place non sans peine.

Lavage abdominal à l'eau bouillie salée. Six points de suture à la soie réunissent les deux lèvres du péritoine ; un second étage de suture réunit à la fois muscles et peau. Pansement antiseptique.

Les suites de l'opération ont été excellentes, sauf une petite complication due à ce que quelques fils superficiels probablement septiques, ont déterminé la formation de petits trajets suppurés ; des lavages fréquents en ont rapidement raison, et la malade sort guérie le 20 décembre.

Revue un mois et demi après l'opération, elle marche

facilement sans douleurs et la plaie est complètement cicatrisée.

Observation XIII

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Hystérectomie vaginale pour suppurations

M. M.., 24 ans, ménagère. Entre dans le service de M. le professeur Tédenat le 10 décembre, salle Desault, lit 7.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. A l'âge de 11 ans, aurait eu une maladie du cœur ? Réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleurs ; règles longues, 10 à 12 jours. Pas de pertes blanches, léger degré d'anémie. Mariée à 17 ans. Trois enfants. Trois accouchements normaux et à terme, un enfant mort-né, le troisième, mort à 15 mois, de méningite.

Maladie actuelle. — Au moment de la mort de cet enfant, au commencement de novembre, crise avec perte de connaissance. Une des personnes qui aidaient à la maintenir lui aurait involontairement donné un coup de genou dans le ventre.

Douleurs dans le ventre et les deux fosses iliaques. Trois ou quatre jours après, hémorragie assez abondante, qui a duré quelques jours. Depuis, la malade perd, tous les jours, du sang rouge et des caillots.

Interruption pendant 3 ou 4 jours, puis les hémorragies ont repris. Pas de douleurs dans les reins ou les cuisses. Pas de troubles de la miction. Quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Etat à l'entrée. — Femme en assez mauvais état géné-

ral ; amaigrissement, perte de l'appétit, teint terreux, hémorragies quotidiennes.

L'utérus volumineux, s'élargissant après le col, est en rétroversion avec rétroflexion légère. Trompe adhérente à gauche. On diagnostique un utérus fibromateux avec salpingite gauche.

Opération le 22 décembre, après régime préalable et antisepsie du vagin. Anesthésie chloroforme et éther. On fait l'hystérectomie vaginale. L'utérus s'enlève assez facilement, mais les annexes gauches sont enflammées, adhérentes. On est obligé de s'y reprendre à plusieurs reprises avec les doigts pour les détacher. On lie les ligaments larges à la soie, on ne laisse pas de pinces à demeure. Tampon de gaze dans le vagin, injection de 300 gr. de sérum le jour de l'opération.

Température, le soir, 36° 2, pouls, 80 ; le 23, température, 37° 6.

Montée les jours suivants. Une selle le 24 décembre.

L'utérus est volumineux.

Longueur extérieure, 9 centimètres ; largeur, 6 centimètres ; épaisseur, 3 centimètres 1|2, près de 4.

Diamètre vertical de la cavité, 7 centimètres.

Pas de fibrome. La trompe droite est légèrement épaissie, tendance à la fibromatose. La trompe gauche est triplée de volume, est dure, rouge, avec des adhérences nombreuses.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade, qui avait un peu de température avant le premier pansement, aussitôt après le pansement, se maintient autour de 37 degrés. Au bout de quelques jours, elle est complètement remise et s'en va guérie.

Observation XIV

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

L. A..., 31 ans, entre le 28 novembre 1898, dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Desault, lit n° 26.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Scrofuleuse pendant sa jeunesse, glandes sous le cou. Réglée à 18 ans, règles régulières, sans douleurs. Durée 3 jours. Mariée à 19 ans, grossesse normale ainsi que l'accouchement qui s'est fait à terme. Enfant bien portant, suites de couches bonnes. Règles revenues au bout de 5 à 6 mois. Au bout du neuvième mois après le premier accouchement, nouvelle grossesse. Tout se passe normalement, l'enfant vient à terme. Peu de lochies. Un mois après l'accouchement, perte rouge abondante. La malade reste au lit et la perte ne se renouvelle pas. L'enfant meurt de diarrhée infantile à 26 mois.

Maladie actuelle. — Début il y a 6 ans. La malade a commencé à souffrir de douleurs dans les reins ; en même temps, elle eut des pertes rouges et blanches. Elle devient enceinte à ce moment-là. La grossesse évolue normalement, l'accouchement se fait à terme. Mais, peu de jours après la naissance, l'enfant est atteint d'ophtalmie purulente qui dure longtemps. Il y avait cinq mois que la malade nourrissait quand elle eut de nouveau des pertes rouges abondantes, s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre avec irradiation vers les reins. Efforts de vomissements. La malade a alors des irrégularités dans les époques menstruelles. Et elle fait il y a 3 ans un séjour de dix-huit jours à l'hôpital suburbain. On lui fait des pansements vaginaux et utérins, elle s'en va améliorée. Mais peu de

temps après, elle recommence à souffrir ; irrégularité complète des règles, douleurs, mictions fréquentes, et douleur à la fin de la miction.

Etat actuel. — L'utérus est en rétroversion. On trouve un léger degré de rétroflexion. On sent du côté des annexes gauches, des paquets d'adhérences. Salpingite nodulaire des deux côtés au niveau de l'angle de la corne. Il y a de la sclérose des annexes à gauche avec adhérence de la trompe.

Opération le 30 décembre 1898. Hystérectomie vaginale. Anesthésie, éther et chloroforme. On décortique l'utérus qui vient facilement après hémisection. Le décollement des annexes gauches est plus délicat, mais cependant il se fait assez facilement. On lie les ligaments larges au catgut, sans laisser des pinces à demeure. On résèque trois ou quatre doigts d'épiploon qui est venu faire hernie à travers la plaie. On ne suture pas cette brèche, mais on se contente de bourrer le vagin de gaze iodoformée. Tampon d'ouate, bandage en T.

Les suites de l'opération sont bonnes.

Le soir, T. 37°2, P. 120 ; le lendemain, T. 38°, P. 120.

Pouls et température restent au voisinage de 120 et 38° pendant deux jours, puis chute du pouls et de la température.

La malade va bien, souffre peu.

Premier pansement le 4 janvier 1899, au matin la malade va bien. On retire la gaze, on fait une irrigation du vagin. La brèche vagino-péritonéale est fermée. Légère réaction le soir. T. 37°,9. La température tombe les jours suivants.

Suites très bonnes. La malade se plaint seulement d'éprouver quelque cuisson à la miction.

CONCLUSIONS

On a toujours divisé les suppurations pelviennes en trois variétés : la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite et les salpingo-ovarites suppurées. Mais comme la pelvi-péritonite est presque toujours consécutive à la cellulite ou à la salpingo-ovarite suppurée, et la pelvi-péritonite indépendante étant rare, nous avons cru pouvoir les comprendre en deux classes : 1° Paramétrites suppurées et 2° salpingo-ovarites suppurées.

Deux sont les causes les plus communes d'infections provoquant les suppurations pelviennes : l'infection gonococcique et l'infection puerpérale.

Les germes pathogènes suivent trois voies pour venir se cantonner dans les annexes, le tissu péri-utérin et le péritoine pelvien de la femme : la voie muqueuse, la voie lymphatique et la voie veineuse.

L'analyse minutieuse des symptômes permettra au chirurgien de s'éclairer sur la virulence du pus et le siège anatomique de la lésion. Cela lui servira aussi à établir les indications opératoires du traitement et à choisir le meilleur mode d'intervention.

Dans la paramétrite suppurée aiguë ou chronique, l'intervention immédiate s'impose.

La salpingite purulente non enkystée qui est toujours récente, est traitée médicalement.

Dans les pyo-salpinx l'intervention est formelle sauf dans les phases aiguës, à moins de pouvoir traiter la collection purulente comme un abcès chaud, sans effraction du péritoine.

Deux voies se disputent la faveur des chirurgiens dans le traitement des suppurations pelviennes : la voie vaginale et la voie abdominale.

La paramétrite est traitée par l'incision vaginale dans les cas anciens où l'opération de Laroyenne paraît insuffisante, c'est l'hystérectomie totale qui s'impose.

Quelle est l'opération de choix dans les salpingo-ovarites suppurées ? Pour cela le chirurgien doit être guidé par les idées suivantes : évacuer le pus sans exposer les jours de la malade, la guérir avec le minimum de dégâts.

Dans les pyo-salpinx uniques, chauds ou froids, compliqués ou non, on tâchera d'évacuer le pus par en haut ou par en bas suivant l'accessibilité de la lésion, quitte à intervenir radicalement plus tard, si cela n'a pas suffi. Cette seconde intervention doit être, comme pour les salpingo-ovarites doubles, l'hystérectomie totale par la voie vaginale ou abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

Abbort. A.-W. — *American ginœcological and obstetric. journal* 1897.

Audiau. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexes. Thèse de Paris, 1896-97.

Auvard. — Traité de gynécologie.

Baumgartner. — Die opération der parametrische abcess, Berlin. klin. woch 34, 26 août 1891.

Boifin. — Traitement de suppurations pelviennes; indication des différentes méthodes. Assoc. fr. de chir. Procès-verbal. Paris, 1893, VII, pages 598-617.

Bonnet. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

Bouilly. — Sur la pathogénie des affections péri-utérines. *Semaine gynécologique*, 4 février 1896.

— Le traitement des suppurations pelviennes. Congrès de Genève 1896, *in Semaine gynécologique* de septembre 1896.

Byford. — Traitement des suppurations des annexes. *American journal of obstetric*, avril 1888. Société gynécol. Chicago, 1889.

Cleveland. — The treatment of pelvic abcess by vaginal puncture and drainage. *N.-York journal Gynœcological and obstetric*, 1894, p. 652-660

Delbet. P. — Suppurations pelviennes chez la femme.

De Rouville. — Consultations de gynécologie, 1902.

Dœderlein (Munich). — Discussion au Congrès de Genève. *Semaine gynécologique*, septembre 1896.

Dolléris. — Pratique gynécologique.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Freund W. A. — *Bulletin médical*, 1897.

Fritsch. — Traité des maladies des femmes.

Forgues et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.

Goullioud. — Cas de grossesses chez les opérées pour salpingo-ovarites. Congrès de chirurgie, 1894.

Haggard W.-D. — On the treatment of pelvic abcess. *Amer. gyn. and obst. journal*, 1897.

Hartmann. — Discussion au Congrès de Genève. *Sem. gyn.* sept. 1896.

Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire. Trad. fr. de Bar.

Jacobs de Bruxelles. — Discussion au Congrès de Genève. *Sem. gyn.* sept. 1896.

Julien. — De l'intervention dans certains cas de suppur. pelviennes. *Arch. tocol.* 1892.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie, 1901.

La Bonnardière. — Traitement des suppurations pelv. *Ann. de gyn. et obst.* janvier et février 1896.

Laroyenne. — Traitement des collections purulentes. *Ann. de gyn. et obst.* juillet 1893.

— De la ponction et de l'incision vaginales. (*Arch. de tocol.* Paris, 1894).

Le Dentu. — Traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz. des Hôpitaux*, 27 février 1892.

Lawson Tait. — The pathology and treatment of the diseases of the ovaris. Birmingham, 1883.

Léopold (Dresde). — Traitement des suppurations pelviennes. Discussion au Congrès de Genève, 1896.

Mainzer F. — Für radical operation (*Arch. für gynœkologie*, tome XLIV, fasc. 3, 1897).

Mangin. — Traitement des suppurations pelviennes. (Discussion du Congrès de Genève).

Martin (de Berlin). — La pelvi-péritonite chronique (Rapport au Congrès de Moscou, 1897).

Massier. — Thèse de Paris, 1898. De la valeur de la colpotomie postérieure dans les suppurations pelviennes.

Monod. — Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. Observations et remarques. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 18 mai 1898.

Mundé. — Abcès pelviens. *(Am. j. of obst.* nov. 1897).

Péan.— Quelques considérations sur le traitement et le diagnostic de certaines tumeurs de l'utérus et des annexes par le vagin. *Gaz. des Hop.* 27 juin 1891.

Poirier. — Du rôle des lymphatiques, dans les inflammations de l'utérus. *Progrès médical*, 1889-90.

Pozzi. — Traité de gynécologie, 1897.

— De la colpotomie dans les suppurations pelviennes. *Semaine gynécologique*, 17 mai 1898.

Quénu. — De l'incision du cul-de-sac postérieur. Discussion de la Société de chirurgie, 19 mai 1898.

Reymond E.— Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites. Thèse de Paris 1895.

Richelot. --- Discussion au Congrès de Genève, 1896.

Richelot L.-G. — A incisao vaginal simple nas suppuracaes pelvianas. *Brazil médic.* Rio-de-Janeiro, 1894.

Roger. — Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes. Thèse de Paris, 1900.

Routier. — Traitement des suppurations pelviennes et des lésions bilatérales des annexes. *Ann. gyn.* mai 1892.

— Etude sur les inflammations péri-utérines, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 14 novembre 1888.

Saenger (Leipzig). — Traitement des suppurations pelviennes. Rapport au Congrès de Genève, 1896.

Schélooumof. — De l'ablation des annexes par la colpotomie, *Soc. d'obst. et de gyn. de Saint-Pétersb.*, 16 octobre 1897.

Scott. — Pathology and treatment of péri-utérine pelvic inflammations *(Am. J. obst. N.-Y*, 1894, t. 803-811*)*.

Segond. — Suppurations pelviennes. Congrès de Bruxelles, 1892. *Ann. gynéc.* 1892.

— Du traitement des suppurations pelviennes. Discussion au Congrès de Genève, 1896.

Testut. — Anatomie humaine. Organes génitaux de la femme.

Terrillon. -- Traitement des suppurations pelviennes. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* 9 juillet 1890.

Wiedow. — Traitement des abcès pelviens. Berlin, klin. woch. 15 juillet 1889.

Wilson. — Colpotomie vaginale, ses avantages et ses indications. *British med. J.*, 26 février 1898.

Zweifel. — Zür behandlung des blutergusse kistes des gebarmuter. *Arch. für gynæk.* 1885.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 décembre 1901
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 décembre 1901
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !